

フリガナ 氏名	住所 <u>※アパート・マンション名もご記入ください</u> 〒
男 女	
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 才	電話
	携帯

1. 今日はどうなさいましたか？

- コンタクトレンズ作成
- メガネ作成
- ICL 適応検査
- オルソケラトロジー適応検査
- Eyerising 適応検査
- その他

※現在ご使用中のコンタクトレンズの、
データを分かる範囲でご記入下さい

メーカー()

レンズ名()

右) 度数()

左) 度数()

・マイナンバーカード (不持参・持参)

・本日はご自身で運転して来院されていますか？ (いいえ・車・バイク・自転車)

2. 症状は、いつ頃からですか？ ()

3. 今までに薬を使用して異常がありましたか？ いいえ・はい(薬剤名:)

4. 現在コンタクトレンズを使用していますか？ いいえ・はい(使い捨て・ソフト・ハード)

5. 今までに眼の病気にかかったことがありますか？ いいえ ・ はい
 「はい」と答えた方へ 病名() 病院名・診療所名()

6. 今までに眼・まぶたの手術を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい
 「はい」と答えた方へ 【右) 手術名 _____ 約 _____ 年前】
 【左) 手術名 _____ 約 _____ 年前】

7. 現在の病気はありますか？ ない 喘息・心臓病・高血圧・糖尿病・B型肝炎・C型肝炎・HIV・梅毒
 その他:()

8. 喫煙歴はありますか？ いいえ・はい(喫煙歴: 年程度) ※禁煙中: 約 年 月～現在まで

9. 当院をお知りになったのは？ 眼科 HP・SNS・看板広告・友人の紹介・家族の紹介・院長執筆本・
 救急医療センター・他院・その他()

～～女性の方へ～～

妊娠の可能性はありますか？ いいえ ・ はい(月)

授乳中ですか？ いいえ ・ はい